１．総論的な事項

・限られた時間内で貴医療機関の保険診療に関する指導を実施した結果、保険診療について一部理解が十分とは言えない点があり、今後「医科点数表の解釈」、「日本医薬品集」、「保険医療機関及び保険医療養担当規則:療担規則」等の関係資料を熟読し保険診療の適正化及び質的向上に努めていただきたい。
・⑴セット検査の採血が行われているため、不必要な検査が行われる傾向がある。
⑵特定疾患療養管理料の指導内容の要点が記載されていない。
⑶今回指摘する事項は、今後速やかに改善されて保険診療の適正化、質的向上に努めていただきたい。
・⑴限られた時間内での貴医療機関の保険医療に関する個別指導を実施した結果、診療録への記載については、自覚症状が簡単に記載されているだけのものが殆どであり、リハビリの対象疾患など傷病名の診断根準が全く分からない。また、X線写真を見ても、所見が見られないにもかかわらず「腰椎椎間板ヘルニア」等と記載されている。
⑵往診や訪問診療が頻繁に行われているが、求め（緊急性）の内容記載や診察記録については「診療報酬明細書に記載した」とのことであるが、診療録には記載されていない。
⑶常勤・専従の理学療法士がほぼ全員と、他の従業員（看護師及び准看護師）も頻繁に受診（月に10日～18日）しており、運動器リハビリテーション料等の請求が見られ、一部負担金の徴収もされていない。
⑷今回指摘する事項は、速やかに改善され保険診療の適正化・質的向上に努めていただきたい。
・医師の診療録への記載はよくなされている。診療録は保険診療請求の根拠になるだけでなく、実施された医療行為の正当性、妥当性を社会に証明する「公的な文書」であるという認識を持って、良好な記載を今後も続けていただきたい。なお、診療録に記載されていない医療行為は実施されなかったものと理解される。診療録に記載されていない医療行為が診療報酬明細書で請求されることは不正請求とみなされうるので、この点を充分に認識されたい。
・⑴限られた時間内で貴医療機関の保険医療に関する個別指導を実施したが、診療録への記載（記録）はよく行われている。今後とも、ＰＯＳによる診療録の記載を継続していただきたい。
⑵診療報酬を算定する場合には、それぞれの算定項目には算定要件が定められているので、医科点数表の解釈等を熟読の上、算定要件を満たすように診療を行い、必要な事項は診療録に要点を記載(記録)する。
⑶電子カルテシステムを使用しているが、患者情報保護の観点からバックアップデータの管理や、アクセス権限の見直しを行う。また、パスワードの設定方法(システム管理者が付与するのではなく、利用者が設定する)や有効期限(３ヶ月程度が望ましい)等も早直す。さらに、電子カルテシステムへの理解が乏しいので、取扱説明書を熟読し理解度を深めていただきたい。
・⑴診療録への記載が非常に乏しい。診療録へは診療行為の手順に沿って記載する。初診時においては、主訴、現病歴、既往歴、家族歴等の記載を行う。再診時においては、毎診察ごとに診療内容を記載する。
⑵傷病名は患者ごとに異なると思われるが、傷病名の付け方が全体的に画一的である。患者個々においてきちんと診察を行い、診断根拠を明確にする。
⑶訪問診療を行うに当たっては、訪問診療が必要な傷病名を明確にする。また、訪問診療の治療計画を立て、診療内容の要点を訪問診療の都度、診療録に記載する。
⑷検査は傷病名(疑い傷病名も含む)に応じて行い、検査結果に対して必ず評価を行い、治療計画を立てる。
・基本入院料の算定要件である、４つの医療供給体制が全て基準に達しないのを始め、保険診療の基本的なことが守られていない。保険医療に対する理解が甚だ不充分であり、かつ過剰診療と考えられる請求が多く見られるので、「医師法」「医科点数表の解釈」「保険医療機関及び保険医療養担当規則」などを熟読、参考にされたうえ、保険医療のルールを遵守され、真に患者の利益になることをめざす医療を行い、保険医療の適正化、質的向上に努めていただきたい。なお、下記の事項についても速やかに改善していただきたい。
・⑴診療録の病歴、所見などの記載が不十分なところがある。また、在宅医療に関しては、往診の求めに係る記載がなかった。さらに、病名モレによる適応外処方が見られた。
⑵検査については、過剰検査が見られた。また、外来管理加算は算定要件が満たされないものがあ

った。
・⑴初診時の主訴等は記載してあるが、既往歴、現病歴、家族暦等の記載が見られない。きちんと記載する。
⑵毎診察時に患者を診察し、所見等の記載が行われている。今後も継続していただきたい。ただ、記載された内容が読みにくいので、第三者にも読めるように記載する。
⑶外来管理加算、夜間・早朝等加算、特掲診療料等における算定要件とされている記載は行われている。
⑷抗真菌剤投与に伴う肝機能障害チェックのために肝機能検査行っているが、傷病名が「肝機能障害の疑い」とだけになっており、数日後には「中止」の転帰がされている。肝機能検査の必要性について第３者が見ても理解できるような傷病名を付ける。
・⑴問診票に眼鏡に関する質問があるのに、コンタクトレンズ関連の質問項目が全くないことは(８割以上がコンタクトレンズ診療である当クリニックとしては)非常に不自然であり、このことを管理者に質問しても納得できる返事が聞かれなかった。
⑵出来高算定の中にコンタクトレンズ検査料で算定すべきものが見られた。
⑶診療録の記載は、病歴、所見、患者への説明内容ともに不十分で、病状に対する考察も行われていないように見受けられる。
⑷初診、再診とも画一的検査を算定している。
・⑴コンタクトレンズ歴の項目がある問診表を患者に書いてもらっているとのことだが、診療録に添付されていないし、ほとんどの診療録にもコンタクトレンズに関する病歴が記載されていない。これは(大半がコンタクトレンズ診療である当クリニックとしては)非常に不自然であり、このことを管理者に質問しても“医科点数表の解釈”には義務付けされていないなどと反論し、納得できる返事が聞かれなかった。1.出来高算定の中に、コンタクトレンズ検査料で算定すべきものが見られた。
⑵初診では前眼部疾患であるにも係らず、画一的に６項目の検査が算定されていた。
⑶再診料で算定すべきものを初診料として請求していた。など改善すべき点が見られた
・⑴特定疾患療養管理料は厚生大臣が定めた疾患を主病とすると明記されているにも係らず、主病のチェックがない状況で同管理料を算定している。また、薬剤情報提供料を算定しているが、患者には文章で情報を提供しているにも係らず、診療録には算定した項目の記載が見当たらない。算定日に算定項目を記載する。今一度、医科点数表の解釈や保険診療に関するルールを熟読する。
⑵古い傷病名がレセプトで散見される。すでに治療が終了している傷病名であるなら、速やかに転帰を行う。
・⑴保険請求で算定された生活習慣病管理料に包括される投薬料が患者自己負担金として請求され、また、医学管理料が正しく請求されていない。医師と医療事務は緊密な連携を取り、正しい自己負担額徴収及び保険請求を行う。保険請求額の自己負担額より、少なく患者に請求してい例がみられる。
⑵電子カルテをプリントアウトした記録では医師の診療録への記載が極めて悪い。診療録は保険診療請求の根拠になるだけでなく、実施された医療行為の正当性、妥当性を社会に証明する『公的な文章』であるという意識を持って、診療の都度、遅滞なく診療の要点を診療録に記載する。特に診療毎の progress note の記載が少ない。診療録に記載されていない医療行為は実施されなかったものと理解される。診療録に記載されていない医療行為が診療明細書で請求されることは不正請求とみなされるので、この点を充分に認識されたい

２．診療にかかる事項

（1）診療録の整備及び記載状況に関する事項

全般的事項

・診療録の記載は第三者にも判読できるように明瞭に記載する。診療録は医師の備忘録ではない。
・⑴２号用紙に赤スタンプが押され血圧、体温等が記載されているが、青か黒色のスタンプに変える。赤色は麻薬使用時等特別の記載に使われる。
⑵心身医学療法を行った場合には、その指導の要点を診療録に記載する。
・⑴診療録は診療報酬請求書の根拠となるだけでなく、行われた医療行為の正当性・妥当性を社会に証明するための『公文書である』ので、診療録の記載に当たっては、診療行為の手順に沿って記載する。
⑵診療録と診療報酬明細書の不一致が見られた。電子カルテにおいで修正した傷病名が診療報酬明細書に反映されていない。このことは、電子カルテシステムの不具合と考えられるのでチェックする。
・診療録の記載は、診療行為の手順に沿ってよく掲載されているが、実施された医療行為の正当性・妥当性を社会に証明するための「公的文書」であるという認識を持って第三者にも判読出来るように明瞭に記載する。
・特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算、特定疾患治療管理料、生活習慣病管理料を算定しているにも係らず､診療録や診療酬明細書には主病が特定されていない｡これらを算定するためには、厚生労働大臣が定める主病が対象となるので、必ず主病を特定する。
・レセプトに主病のマークがないものにも係らず、特定疾患療養管理料及び特定疾患処方管理加算等の算定が行われている。管理者はレセプトを提出する際に不備がないかのチェックを行う。
・心身医学療法を算定しているが、心身医学療法に関する記載が乏しい。医科点数表の解釈表を熟読の上、算定要件を満たすように記載する。また、初診時においては心身医学療法の時間を診療報酬明細書に記載することになっているが、診療録にも療法時間を記載する。また、開始と終了時間の記載を要望する。
・複数回の再診時の診察記録が、一言一句同じものがあり、無診察診療が疑わしい。
・診療録に病歴や所見(疣贅の数、大きさ、炎症の程度など)の記載が不十分な部分があった。
・診療録に既往歴や家族暦等の記載が見られない。初診時にはこれらの記載も行う。
・初診に際し、既往歴・現病歴・家族暦等の記載が見られない。また、再診時の診察所見等の記載も非常に乏しい。更年期障害の患者の診療録では、注射薬のラベルが貼付され、所見等の記載がないものがほとんどであった。診察の都度、必要な所見を記載する。
・初診時の現病歴、既往歴、家族歴等の記載が行われていない。家族歴に関しては、診療費必要な場合に記載されているものの、診療の基本であることから、全患者に対して実施する。
・休日、夜間早朝等加算に関する請求実績が不適切。
・日祝日も通常診療しているのに、休日加算を算定。しかも緊急性が見られない。
・薬剤情報提供料においては、患者に文章で情報を提供しているとのことであったが、診療録には薬剤情報を提供した旨の記載がない。算定日に薬剤情報提供を行った旨を記載する。
・診療録にコンタクトレンズに関する履歴の記載が見られないものが多数あった｡問診票があるなら、それを添付するか、あるいは診療録に転記する。
・複数の医師が診察を行っているが、署名されていた。
・入院診療録では、医師記録と看護記録とが同じ書面で行われており、一見診療録への記載が充実していると思われたが、医師による記載があまり見られない。また、記載があっても全く読めない。最低１日に１回は患者を診察し、診察所見を第三者にも判読できる文字で記載する。
・電子カルテであるが、記載が画一的な傾向にあり、具体的な記載が必要である。
・訪問診療の診療録では、診療ごとにきちんと記載されていた。
・レセプトの病名欄に３～４個の疑い病名が同一日に記載されて、それらに対する諸種検査が実施・請求されているが、診療録にそれらの病名を疑った医学的根拠の記載はなく、また、診療録の病名欄に疑いの病名の記載がない。これらの一連の行為に医師は関与していないとの説明であったが、このように非医師である職員が勝手に疑い病名を付けて、検査を実施して請求することは重大なルール違反であるので、直ちに改善する。
・初診時の記載は一応あるが、既往産や家族歴もきちんと記載する。

・傷病名の付け方が画一的であり、傷病名の診断根拠に乏しい。きちんと診察を行い、患者ごとに傷病名を付ける。また、不要になった傷病名の転帰を行う。
・初診時及び再診時の記載が不十分である。診察を行ったら、所見等の記載をする。
・再診及び訪問診療の回数が非常に多い例が見られる。必要に応じて診療を行う。
・外来管理加算を算定しているが、外来管理加算を算定できる具体的な医学管理の記載に乏しい。また､平成 20 年度の診療報酬改定より求められるようになった５分以上の診療を行ったことを示す記載が見られない。５分以上の診療を行った旨の記載と医学管理を行った記載をする。
・在宅患者訪問診療料を算定しているが、訪問診療を行うに必要な傷病名が見当たらない。診療録及び診療報酬明細書にきちんと記載する。
・訪問診療を行った際の診療録への記載が非常に乏しい。診療計画を立て、診療内容の要点を診療録に記載する。
・薬剤情報提供料を算定しているが､「ヤ」の記載のみである。きちんと薬剤情報を提供した旨の記載を行う。
・特定疾患療養管理料を算定しているが、厚生労働省が定める主病と異なる主病に対して算定している。また、算定日が特定できないし、算定要件として求められている指導内容の要点が診療録に記載されていない。
・消炎鎮痛等処置（器具等による療法）の算定回数が異常に多い。処置後の効果等の評価を行い、必要に応じた処置を行う。カテラン硬膜外注射や関節腔内注射においても、注射後の痛みに対する評価を行う。
・血液化学検査や末梢血液一般検査を行っているが、診療録に検査結果及び評価の記載が乏しい。また、検査結果が診療録とは別に一括して保存してあるが、診療録に添付する。
・グルコース検査に対して、対応する傷病名がない。検査は必要に応じて行う。
・診療録は「黒」色、又は「青」色で記載する。「赤」色は麻薬投与時に使用する。
・診療録記載の訂正は横二本線を引き訂正し、修正液、紙添付では行わない。

＊病名について
・病状は傷病名としては不適切である。(例：蛋白尿、発熱、嘔気、尿潜血、腹痛等)
・症状は傷病名としては不適切である。(例：脱水症・蛋白尿・血尿・嘔吐下痢症等)
・症状は傷病名としては不適切である。(例：蛋白尿、浮腫、食欲不振、術後呼吸不良等)
・症状は傷病名として不適切である(例：腹部膨満、嘔吐症、下痢症等)。
・主病名に赤丸印を付けるのではなく、(主)と病名の前に付けて明確にする。
・傷病名欄の傷病名は１行・１病名で記載する。
・第一面記載で、傷病名が多数記載され、整理が必要な診療録が見受けられた。
・傷病名の転帰は中止・治癒等をつける。
・病名は具体的に付ける。(例：一律にアトピー性皮膚炎（四肢・躯幹・頭部）になっているが、発疹部位は患者毎に記載する)
・検査のためのいわゆるレセプト病名等が幾つか認められる。現行の健康保険システムにおいてレセプト病名を付けて保険請求することは、不適切であるので改める。(例：薬物性肝機能障害、腎機能低下等)
・病名には部位、左右・両側等をつけて具体的な病名にする。(例：変形性膝関節症、坐骨神経症、静脈炎、不整脈、圧迫骨折、溶連菌感染症等)
・傷病名には、急性・慢性、部位、左右・両側等をつけて具体的に記載する(例：痔核、不整脈、胃炎、真菌症、変形性関節症等)。
・傷病名の転帰（治癒・中止等）を日付とともに記載する場合、その医学的根拠の要点を 2 号用紙に記載する。
・診療報酬明細書において、しばしば疑い病名がみられる。診断が確定した段階で疑い病名の転帰を行う。
・傷病名の転帰は朱肉で「治」の丸印を押すのではなく、治癒・中止を目付とともに転帰欄に記載する。
・心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に(心身症)」と記載する。「例:胃潰瘍（心身症)」
・前回指摘した根拠のない病名、レセプト病名(例：不整脈)が見られた。心電図検査で診療録に正常

と記載されているのに、病名欄には「不整脈」として記載されて保険請求されている。
・レセプト病名(統合失調症様状態)が見られた。適応外処方のためとはいえ、今後は注意する。
・根拠に乏しい傷病名、いわゆるレセプト病名等が幾つか認められる。現行の現行の健康保険システムにおいてレセプト病名を付けて保険請求することは、不適切であるので改める（例：胃潰瘍)、肝障害等)。
・傷病名の整理を適宜行う（例：心臓弁膜症と僧帽弁閉鎖不全症、尿路感染症と膀胱炎等)。
・不適切な傷病名が見受けられた。傷病名は医学的根拠に基づき的確に付け、また、第三者にも分かる病名を記載する（例：統合失調症様状態、肝機能障害の疑い、Ｎ、Ｉ、ＳＪ、Ｇ、ＤＪなど院内の略号病名)。
・不適切な傷病名が見受けられた。傷病名は医学的根拠に基づき的確に付ける。1)病名は部位等を付け具体的に付ける（例：膝関節症、肩関節症等)。2)症状は傷病名として不適切である(例：全身倦怠感、食欲不振、メタボリック・シンドローム、肝機能検査異常等)。3)急性疾患(例：急性胃炎)が１年以上続いている。病名の整理を行う。4)投薬のためのいわゆるレセプト病名は認められない(例：胃潰瘍)。
・不適切な傷病名が見受けられた。傷病名は医学的根拠に基づき的確に付ける。1)病名は部位(左右、両側等)を記載し具体的に付ける。2)症状や所見がないにもかかわらず、投薬や注射を実施したために付けられた、いわゆるレセプト病名がいくつか認められる。現行の健康保険システムにおいてレセプト病名を付けて保険請求することは、不適切であるので改める。3)傷病名の記載のみでは診療内容の説明が足りないと思われる場合には、レセプトの摘要欄に症状詳記(症状説明)を記載し補足する。
・不適切な病名が見受けられた。傷病名は医学的根拠に基づき的確に付ける。1)病名には部位、左右、両側をつけて具体的に付ける（例：出血性後遺症、変形性膝関節症、化膿性湿疹等)。2)病状は、傷病名として不適切である(例：食欲不振、鼓腸、るいそう等)。
・傷病名で不適切な記載が見られるので改める。１行１傷病名で記載する。症状、病態が傷病名として記載されている(例：耳鳴)。出血性胃炎患者での『無胃性低血糖』の理解しがたい病名。心電図、２回検査後の不整脈の病名は具体的(心室性期外収縮)に記載する。
・不適切な病名が見受けられた。傷病名は医学的な根拠に基づき的確に付ける。急性病名(例：急性副鼻腔炎)が６カ月間続けられている。症状(例：全身倦怠感)は病名として不適切である。
・不適切な傷病名が見受けられた。(例：抗うつ状態） 傷病名は、医学的根拠に基づき的確に付ける。

２．診療にかかる事項

1）初診・再診について
・情報提供に係る症例における再診で、一言一句同じ診察所見を電子カルテによりコピー＆ペーストしたと思われる５回のうち、４回の診察料、外来管理加算。
・⑴夜間・早朝等加算に関する受付時刻は適切に記載されている。
⑵外来管理加算の算定要件である時間が記載されていない。
⑶電話再診は、症状の変化などにより、医師が新たな指示を出す必要がある場合に算定することになっているが、症状の変化があったとはいえない状況で算定している。
・外来管理加算に係る管理・指導の要点の記載がないし、時間もきさいされてない。
・指導内容の要点・時間の記載がない外来管理加算。
・時間外の算定は、緊急性のない時は算定できない。
・時間外加算を算定した場合には、理由及び時間等を記載する。
・電話で指示する必要があった内容の記載が診療録に見られない電話再診料。

2）医学管理について
①特定疾患療養管理料
・指導内容項目のスタンプが押され、そこにカロリー、塩分量等が記入されているが、各患者の病状に則した指導内容を具体的に記載する。
・特定疾患療養管理料に係る指導内容の要点の記載がない。
・管理内容の要点が診療録に記載されているが、具体的に判読出来るように記載する。
・特定疾患療養指導料に係る指導内容の要点の記載が不十分。（看護師に書かせているものが多く、内容は画一的）
・特定疾患治療管理料（16　喘息治療管理科）を算定しているが、算定要件として求められている「治療計画を文書の交付」や『ピークフローメーターによる計画的な治療管理等』については算定要件を十分に満たしているとは思えない。医科点数表の解釈等を熟読し、算定要件を満たすような記載をする。
・指導・管理内容の要点は診療録に記載されてはいるが、略号的な記載であり第三者にも判読可能な文字で記載する。
・特定疾患療養管理料に係る指導内容の要点の記載はあるが、どの記載がそれなのか不明瞭なので本項目「特定疾患療養管理料」を記載したところに記載する。
・対象疾患でない「例：（主）急性副鼻腔炎、（主）両側急性中耳炎、（主）アレルギー性鼻炎等」に特定疾患療養管理料が算定されている。同管理料は厚生労働大臣が定める疾患（当該患者の医学管理の中心となっている）を対象にして行われる。指導管理の要点の記載が不十分である。
・特定疾患療養管理料を算定しているが、算定した日にきちんと算定した項目を明記する。また、医学管理に関して定型文のゴム印を数種類作成し、傷病名に応じてゴム印を押しているが、疾病状態に応じた医学管理を行う。
・ゴム印が押されているだけで管理内容の要点が診療録に記載されていない。

②その他管理料
・特定薬剤治療管理料に係る治療計画の要点の記載がない。
・特定疾患治療管理料（特定薬剤治療管理料）を算定しているが、算定要件として求められている薬物血中濃度及び治療計画の要点が診療録に記載されていない。医科点数を算定する上でのルールを遵守して算定する。
・特定薬剤治療管理料…薬剤の血中濃度、治療計画の要点が診療録に記載されていない。
・悪性腫瘍特異物質治療管理料…腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点が診療録に記しされていない。
・悪性腫瘍特異物質治療管理料に係る検査結果及び治療計画の要点の記載が不十分。
・小児特定疾患カウセリング料…指導記録はあるが、小児特定疾患カウセリングと記載して、その下に当該疾患の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウセリングに係る概要を診療録に記載する。
・急性疾患に対して、慢性疼痛疾患管思料は不適切である。

・難病外来指導管理料に係る治療内容の要点の記載がない。
・生活習慣病管理料に係る計画書が４ヶ月以上交付されていない。
・生活習慣病管理料に係る治療計画書が４ヶ月以上交付されていない（控えが診療録にない）同管理料。
・療養費同意書の交付は、医師による適当な治療手段のない慢性的な疼痛、麻痺、関節拘縮等に対して他の医療類似行為を受けるために患者に交付するもので、この様な病態ではなく、単にマッサージを受けるための交付は不適切である。

3）在宅について
在宅患者訪問診療料
・在宅・訪問診療の計画及び診療内容の要点が診療録に記載不十分である。
・在宅患者訪問診療３回／月で重傷者加算 1,000 点が請求されているが、４回／月以上でないと算定できない。
・在宅自己注射指導管理科…指示した根拠、指示事項、指導内容の記載が不充分である。
・在宅酸素療養指導管理料…指示した根拠、指示事項、指導内容等の要点の記載が不充分である。

4）検査について
・⑴検査は、個々の病状に応じ必要な項目を段階を踏んで行う。画一的、或いは投網掛けるような検査は行わない。
⑵採血１回で多項目生化学検査とは別に UIBC、LDL-C が算定されているが、包括して算定する。
⑶膵炎疑い・高アミラーゼ血症の診断日にアミラーゼ値の測定なく、アミラーゼ・アイソザイム測定がなされているが、段階を踏んで検査する。
・⑴検査について、必要性を十分考慮して段階を踏んで行う。
⑵検査値を記載しなで悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定がなされていたので、計画の要点のみでなく、腫瘍マーカーの値も記載する。
⑶尿沈渣顕微鏡検査が尿中一般物質定性半定量検査とセットで行われているが、尿中一般物質定性半定量検査で異常が見られた場合に尿沈渣顕微鏡検査を行うように改める。
⑷セット採血している中の［傷病名などから必要性の低い］末梢血液像、尿酸、肝機能検査や脂質検査を行わないように改める。
⑸ＰＳＡ精密測定は診察や他の検査から前立腺がんが強く疑われる時に行うべきであるが、その算定要件を満たさないのに算定されているので改める。
・経皮的動脈血酸素飽和度検査…酸素吸入を受けておらず、呼吸器疾患の傷病もない超高齢者に実施した場合には、検査を必要とした医学的理由を記載する。
・⑴検査については、必要性を十分考慮して段階を踏んで行う。
⑵C 型肝炎疑い(診断根拠の乏しい)傷病名での HCV 検査。
⑶入院時検査で行われた HCV 検査(手術が行われていないもの)。
⑷呼吸心拍監視で適応のないもの及び監視の要点の記載がないもの。
⑸適応のないもの及び検査の評価が記載されていない脳波検査。
⑹必要性のない又は定期的・画一的に行われた画像検査(MRI・CT・超音波)
⑺糖尿病等適応疾患がないのに算定された HBA1c。
⑻神経学的検査と同日に算定された精密眼底検査(左右)及び平衡機能(標準)。
⑼神経学的検査と同日に算定された外来管理加算。
⑽診断根拠の薄弱な脳腫瘍の疑いのもとに算定された精密眼底検査(左右)と平衡機能(標準)。
・⑴算定要件を満たさない検査に係る検査料（呼吸心拍監視、HBA1c)。
⑵定期的・画一的に行われた画像検査(MRI・CT・超音波)のうち、2 回目以降の必要性のないもの。
⑶１入院中に複数回セットで行われている尿中一般物質検査、末梢血液検査、生化学検査のうち 2 回目以降の定期的検査（症状の変化等の注記のないもの)。
⑷１入院中に複数回行われている CRP 検査で、病状の変化などもなく、必要性のないもの。
・⑴再診で、HB1Ac とグルコースを同時算定している。
⑵適応外の尿酸検査がある。
⑶膵炎の疑い、B 型肝炎の疑い、C 型肝炎の疑いでアミラーゼ、HCV 抗体価精密測定、HBs 抗原検査、

HTLV-1 抗体価測定、免疫学的検査判断料を算定しているが、診断根拠に乏しい。
⑷末梢血液一般検査で白血球に異常がないのに血液像検査を算定している。

・必要性が乏しいと考えられる検査に係る検査料（HBs 抗原検査、HCV 抗体価精密測定、HTLV-1 抗体価測定、免疫学的検査判断料）

・⑴初診、再診とも画一的検査を算定している。
⑵コンタクトレンズに関する診療なのに出来高算定している。
⑶事務員による検査(補助)が行われているとのことだが、無資格者によるフィッティングなどの検査は認められないので留意する。

・出来高算定の前眼部疾患に対して行われた屈折検査、角膜曲率半径測。②コンタクトレンズ診療なのに出来高算定されているものに係るコンタクトレンズ検査料Ⅱとの差額。③コンタクトレンズ診療なのに出来高算定し、夜間・早朝等加算を算定しているものに係る同加算。

・⑴初診で出来高算定患者では、主病がアレルギー性結膜炎や急性結膜炎等の前眼部疾患であるのにもかかわらず、全例６項目の検査を算定しているが、精密眼底検査(両側)、屈折検査、角膜曲率半径計測、眼圧検査(20 歳以下の場合)は必要ない、あるいは必要性が乏しいと思われる。
⑵コンタクトレンズに関連した疾患(角膜びらん)で、コンタクトレンズを中止して、出来高算定しているが、コンタクトレンズ診療と考えられるので、コンタクトレンズ検査料Ⅱで算定すべきである。

・⑴前眼部疾患が主病であって、出来高算定している患者に画一的に算定している検査のうち、精密眼底検査(両側)、屈折検査、角膜曲率半径計測、眼圧検査(20 歳以下の場合)の各検査料。
⑵コンタクトレンズ診療と考えられる「角膜びらん」に出来高算定された検査点数とコンタクトレンズ検査料Ⅱの差額。

・HbA1c 検査について。診療明細書に糖尿病の傷病名がないにも係らず、HbA1c の検査を行い、請求を行っている。傷病名を確認し検査を行う。

・大腸ガンの疑いの病名で CEA 検査がなされているが、疑った医学的根拠の記載がなく、また、便潜血検査など他の検査がない。

２．診療にかかる事項

5）投薬
・適応外…（めまいや呼吸困難）患者に対する（ホリゾン注 10 ㎎ 1 管）の投与。
・適応外…（喘息）患者に対する（ソルコーテフ 500　1 瓶）の投与。
・適応外…（統合失調症様状態）患者に対する（リスパダール内用液）の投与
・適応外…1)めまい等患者であって適応傷病名のない患者に対する ATP の投与。2)手術中患者に対して創洗浄で使用されたゲンタシン注 10 ㎎。3)筋収縮性頭痛患者に対する、ロバキシン・ケンタン細粒の投与。4)片麻痺のない患者に対するシチコリンＨ注の投与。5)腰痛症患者に対するモーラス 30 の投与。6)経口摂取可能な患者に対するエンシュア・リキッド及びエンシュア・Ｈ及びアミノフリードの投与。
・適応外…適応病名がなくＰＬ顆粒が老人に与えられている。
・適応外…1)めまい等患者であって適応傷病名のない患者に対する ATP。2)手術中患者に対して創洗浄で使用されたゲタシン注。3）筋萎縮性頭痛患者に対するロバキシン、ケンタン細粒。4）片麻痺のない患者に対するシチコリンＨ注「コバヤシ」。5）腰痛症患者に対するモーラス。6）経口摂取可能な患者に対するエンシュア･リキッド及びエンシュア･Ｈ及びアミノフリード[注記のないもの]。
・適応外…1)霰粒腫患者にケフラールカプセルの投与。2)角膜びらん患者に対する抗菌点眼薬オフロキシン、クラビットの投与。3)先天性角膜混濁、表層性角膜混濁患者に対する抗菌点眼薬クラビットの投与。4)結膜炎患者に対するヒアロンサン点眼液の投与。5)点状表層角膜症患者に対する抗菌点眼薬オフロキシン点眼薬の投与。6)角膜混濁患者に対するフルオロメトロン点眼液の投与。7)麦粒腫患者に対するフルオロメトロン点眼液の投与。
・適応外…1)霰粒腫患者に対するケフラールカプセル。2)角膜びらん患者に対する抗菌点眼薬オフロキシン、クラビット。3)先天性角膜混濁、表層性角膜混濁患者に対する抗菌点眼薬クラビット。4)結膜炎患者に対するヒアロンサン点眼液。5)点状表層角膜症患者に対する抗菌点眼薬オフロキシン点眼薬。6)急性でない角膜混濁患者に対するフルオロメトロン点眼液。
・適応外…(例：ソロンの適応病名がない)。
・適応外…MRSA の病名がなくバンコマイシンの点滴が行われている。
・禁忌…心不全の病名がある症例にアクトスが与えられている。
・禁忌…胃潰瘍患者に対するピーエイの投与。
・禁忌…痔疾患に対するフェニタリン座薬の投与。
・禁忌…出血性胃炎ではプロナーゼＭは禁忌である。
・用法外…1)処方３回でレンドルミン 0.25 ㎎が 56 日分与えられている(平成 20 年 1 月分:平成 20 年 3 月までは 1 処方につき最大 14 日までである)。2)胃がん術後の患者に H2 ブロッカーが与えられている。3)高齢者にハルシオン 0.25 ㎎が２錠/日与えられている。
・用法外…メルビン錠は１日最高投与量は 750 ㎎であるが 1,000 ㎎与えられた症例がある。
・診断根拠のない傷病名に対する投薬…日光過敏性皮膚炎患者に対するハイシー顆粒 25％の投与。2)調節性眼精疲労患者に対する ATP の投与。
・診断根拠のない傷病名に対する投与…1)日光過敏症性皮膚炎患者に対するハイシー顆粒。2）調節性眼精疲労患者に対する ATP。
・漫然投与…投薬、注射は長期漫然と投与することなく必要性を十分考慮し投与する。1)末梢神経痛患者に対するメチクール錠の投与。
・長期漫然…末梢神経痛患者に対するメチクール錠。
・過剰…術後患者に対する１週間を超えた抗菌薬[注記のないもの]。
・過量…麦粒腫患者に対するケフラールカプセルの投与。
・過量…1)麦粒腫患者に対するケフラールカプセルは、１回３～４日間までとし、処方日数との差に係る薬剤料（症状詳記がないもの)。2)緑内障に対するダイアモックス 250 ㎎３Ｔ/６日分
・末梢神経痛又は筋収縮性頭痛患者に対する 25 ㎎アリナミン糖衣錠。
・急性緑内障初診で１日だけ受診した患者にダイアモックス 250 ㎎ 3Ｔ／7 日分投与。検査不十分。記載不十分。他院へ紹介したのならば処方は１日分で十分と考えられる。
・薬剤情報を提供した旨の記載を診療録に薬剤情報提供料を算定。また、処方内容が分からないのに同提供料を月２回算定。
・アレルギー性眼病名のない患者に対して投与されたアレニスト点眼液

・処方内容が変わらないのに、月２回算定された薬剤情報提供料。
・同じ薬剤の重複(経口と注射)投与が認められた。
・アレルギー性角膜炎には最初からピトス点眼液を投薬している例が多く見られたが、副作用を考えれば、まず他の抗アレルギー薬を使用使用した方が良いと思われる。
・腰痛症患者に対するモーラス 30 や、統合失調症様状態患者に対するセロクエルの投与は適応外です。

6）注射
・用法外投与の例が認められる。静脈内留置針の算定要件は 24 時間以上の点滴、６歳未満、ショック状態、又は危険性の場合で、単なる点滴に算定できない。
・用法外投与の例が認められる。…外来患者でビタミン剤が必要であれば、注射ではなく、経口的に与える(例：ビタメジン注)。
・外来でのビタミン剤の静脈内投与について。検査もなく末梢神経炎の診断でネオラミン・スリービー液が１回／月点滴されているが、経口的に摂取不可能で、急激に血中濃度を上昇される必要があるとき以外には、外来でのビタミン剤の静注は認められない。
・その他(療養担当規則 20 条第４項(注射)を参照すること…外来でビタミン剤(ナイロジン、ダイビタミックス)が点滴注射されているが、ビタミン剤の投与が必要であれば、経口投与を行う。外来でクラリス、クラビットの経口投与にセロニード静注が複数日追加続けられているが、医学的な根拠に乏しい。
・更年期障害に対してメルスモンを注射しているが、注射薬ラベルを貼付したのみで、治療に対する評価が全くされていない。治療効果を評価しながら注射を行う。
・保険医療機関及び保険医療養担当規則第 20 条４項(注射) の規定から外れて外来での抗生物質の静注が複数日(６日間)実施されているが、経口投与が出来ない医学的根拠が乏しい(例：ロセフィン２g)。
・外来でセファピコール(時間依存性抗生物質)が１回静注され、同時にキノロン系抗生物質が経口投与されているが、耐性菌を作る可能性がある。また、経口投与が可能な場合には経口投与を優先して行う。
・投与法が不適切なもの。(例：１日に２～４回分割投与することになっているビクフェニン(合成ペニシリン)が外来で１回投与されている)。

２．診療にかかる事項

7）処置

・ネブライザーは急性咽頭炎には適応がない。
・術後創傷処置 14 回算定されているもののうち必要性のないもの又は 1 回分。
・麦粒腫の病名で「霰粒腫の穿刺」を算定（適応外）。②眼処置のうち、洗眼・点眼は算定できない。
・麦粒腫に対して算定された霰粒腫の穿刺 45 点

8）手術・麻酔

・低血圧麻酔加算が全手術時間で算定されていたが、低血圧にしていた時間のみの算定とする。
・術後創傷処置は全例に（画一的に）最高日数算定するのではなく、必要に応じて算定する。なお、最高で 13 日間のみ算定可能。
・腰部硬膜外ブロック時の点滴注射料は算定できない。点滴薬剤は手術・麻酔の項で請求する。

9）リハビリテーション

・実施記録の内容が不十分。（実施者名、１日及び１週の単位数等を記載）
・当病院の理学療法士等の職員本人が受けたリハビリテーション実施計画書には、「食事、更衣、装具、靴の着脱、入浴など」の一部介助や全介助の事例があるが、常勤で届出が提出されており、届出どおり業務は不能ではなかったかと考えられる。
・リハビリテーションを算定するには、理学療法士等への指示せん、対応や評価の診療録への記載、リハビリテーション実施計画書等の患者への説明と診療録への添付、リハビリテーション実施の記録等算定項目が定められているが、これらに不備が多く見られる。算定項目等に関する厚労省の告示と通知を熟読し、算定要件を満たすよう努力されたい。
・理学療法士等のリハビリテーション計画書のＡＤＬ判定などの記載について疑義がある。

２．診療にかかる事項

10）精神科専門療法

・厳密には対象疾患でない「うつ病」に通院精神療法を算定している。学会で認められたことであれば良いが、確認の上で算定する。通院精神療法を行った時刻(開始時刻と終了時刻)を記載する。
・通院・在宅精神療法を算定しており、初診時の診療時間の記載は明確であるが、再診時の時間の記載が不明確である。再診時においても精神療法を実施した時間(○分超えでも差し支えない)を記載する。

11）入院

・難病患者等入院診療加算を算定しているが、入院診療録への記載はあるものの、請求月の診療報酬明細書には、厚労省大臣が定める疾患の記載が見られない。算定要件を満たした上で、診療報酬の請求を行う。
・入院診療では、全ての職種が参画し入院サービスが提供されたことが分かる記録を残すこと。体温表、看護記録、退院可能になった病状改善の記録等がない。
・入院診療計画書は診療にかかわる全ての職種が参画して作成してあるが、計画参画者名を記載する。

12）その他
・電子カルテでは、保険外の金額が出力されているが、一部負担金徴収簿にも反映されるはずである。
・入力されたデータは、きちんと利用されるシステムにする。
・自家診療分についても一部負担金は徴収する。
・一部負担金は、誰であろうと減免はできない。
・診療一部負担金は医療機関の従業員からも徴収する。
・未収金リストに職員及び友人の氏名が見られたが、他患者への公平性を保持する観点からも、これらの人たちからも一部負担金を全額徴収する。
・今回指導する時間がなかったが、電子カルテの運用についても問題があり、改善していただきたい。
・問診票の「１受診の理由をおたずねします」欄に「コンタクトレンズ診療希望」を設ける。
・「アレルギー性角膜炎・近視性乱視」の同一病名の再来時に初診料を算定しているので、再診料で請求する。
・医師一人で全ての検査、コンタクトレンズのフィッティング関連手技、診療を行っているとのことだが、１日平均 60 人について、まともな診療が行えるのか疑問である。
・診療報酬明細書に糖尿病の傷病名がないにも係らず、糖尿病の特別食加算が行われている。傷病名を確認し、特別食加算を行う。
・平成 20 年度の診療報酬改定で、多くの書式が変更されている。厚生労働省のホームページ又は医科点数表の解釈等から最新の書式を入手し使用すること。
・勤務医（非常勤も含む）の変更が生じた場合には、速やかに変更届を提出する。
・診療時間の変更を行った場合には、速やかに変更届を提出する。
・特別養護老人ホームの配置医師ではないのに、『緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものとは考えられない場合には、施設に入所している患者をみだりに診療してはならない。』という規定に外れ、特別老人ホーム入所者を対象に多数の症例で胸写を撮り診療費を請求している。
・これらの症例は配置医師が所属する医療機関を受診し、同じ月に診療費が請求されており、胸写はその医療機関で撮影すべきであるが、もしこの医療機関では座位または臥位のレントゲン撮影が出来ないのであれば、それが可能な医療機関に配置医師を変更すべきである。

３．診療報酬請求に関する事項

・診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致している。また、提出前に、

診療報酬明細書の作成に当たっては傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
″①診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に、必ず主治医が自ら診療録と照合して点検を行うこと。
②診療報酬算定に主病の用件が含まれている場合には、診療報酬明細書にも主病のマークを付けること。″
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合して点検を行うこと。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合して点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合して点検を行うこと。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合点検を行うこと。更に診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名等の記載内容が診療録の記載と一致していること。(例：パルクス注により糖尿病性踵部潰瘍が改善されていると明細書の摘要欄に記載されているが、診療録には全く記載されていない。)また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
″①診療報酬明細書の傷病名欄は１行１病名で記載すること。
②同じ病名でありながら、月が変わると開始日が変更になっている例が見られる。治癒ないし中止後に再度同じ病名を付けるなら、きちんと転帰を記載すること。治癒ないし中止でない場合には、開始日を変更しないこと。
③外来管理加算を算定しているが、診療録には医学管理を行った記載が全く見られない。また、外来管理加算を算定する際は、概ね５分程度は診察することとされているが、時間の記載も見られない。概ね５分以上の診察を行い、医学管理を行った時に、外来管理加算を算定すること。
④診療報酬明細書に電話等再診が多く見られる。電話等再診は患者又はその看護に当たっているものから治療上の意見を求められて指示をしたときに算定できるとされており、検査結果のみでは電話等再診料は算定できない。算定用件を確認した上で、電話等再診料を算定すること。
⑤診療報酬明細書において電話等再診料を算定しているにも係らず、患者から一部負担を徴収していない。電話等再診料を算定する際は、必ず患者から一部負担金を徴収すること。″
″①診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
②摘要欄に記載された病状説明各行の左端に付けられた(1)(2)等は除くこと。″
診療報酬明細書と診療録との傷病名及び転帰等はきちんと掲載されていた。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医に

あることを認識すること。
診療報酬明細書の作成に当たっては、傷病名は診療録の診断名と一致していること。また、提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。
診療報酬明細書は提出前に必ず主治医が自ら診療録と照合し点検を行うこと。更に、診療報酬明細書に関する全責任は主治医にあることを認識すること。